

# Anmeldeformular für Kinder

## Allgemeine Informationen

Patient ( Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vater/Mutter

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie bzw. ist Ihr Kind von Zuzahlungen befreit? Ja  Nein

Bei privaten Krankenversicherungen: Zusatzversichert: Ja  Nein

Beihilfeberechtigt: Ja  Nein

PKV Standardtarif: Ja  Nein

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuchs? \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen diese Praxis empfohlen? Wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragebogen (allgemein)

War Ihr Kind vor kurzem oder befindet es sich momentan in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Verträgt Ihr Kind gewisse Arzneimittel/ Substanzen nicht? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_ Ja  Nein

Neigt es zu allergischen Reaktionen?

Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Leidet Ihr Kind an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzerkrankungen/ Herzfehler

Diabetes

Lebererkrankungen

Asthma

Nierenerkrankungen

Krampfleiden/ Epilepsie

Infektionserkrankungen ( Tuberkulose/ Hepatitis/ HIV/ AIDS)  \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN**

## Gesundheitsfragebogen ( zahnärztlich)

- Hat Ihr Kind Angst vor der Zahnbehandlung? Ja  Nein
- Sind jemals Probleme bei zahnärztlichen Eingriffen aufgetreten? Ja  Nein
- Wünschen Sie, dass bei Ihrem Kind Prophylaxemaßnahmen in Form von Versiegelungen der Backenzähne durchgeführt werden? Ja  Nein
- Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja  Nein
- Wurde bei Ihrem Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja  Nein
- Bestehen bei Ihrem Kind Parafunktionen ( Zähneknirschen, Daumenlutschen...) Seitenzähne werden in unserer Praxis mittels Amalgam versorgt. Ja  Nein
- Wünschen sie eine andere, kostenpflichtige Versorgung? Ja  Nein
- Existieren Zahn-/ Kiefferröntgenaufnahmen jüngerer Datums? Ja  Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich, jede Änderung des Gesundheitszustandes meines Kindes mitzuteilen.

---

Datum/ Unterschrift

Ich möchte gerne an die halbjährliche/ jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden. Ja  Nein

---

Datum/ Unterschrift